

事故発生時の報告要領

1. 事故発生時の対応

介護保険事業者及び介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業者（以下「事業者」という。）は、指定介護保険事業所等において事故が発生した場合は、市や利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じることが条例及び要綱で定められているため、速やかに対応をお願いいたします。また、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム及び養護老人ホームにおいても、指定介護保険事業所等における事故報告の趣旨に鑑み、これに準じて報告等の対応をお願いいたします。

2. 報告対象

(1) 報告対象

表1に記載の事故の種別において、以下の①～③の事故については、全て報告してください。

- ①死亡に至った事故（サービス提供に関連して発生したものに限る。）
- ②入院及び医療機関での受診を要したもの（施設内の医療処置を含む。）
- ③その他豊中市が報告対象とする事故等

(表1) 事故の種別

転倒	異食	その他豊中市が報告対象とする以下の事故等 ① 入居者同士のトラブル ② 破損、汚損 ③ 盗難
転落	誤薬、与薬もれ等	④ 入居者の離設 ⑤ 職員による違法行為 ※個人情報紛失、預り金の横領等、利用者等への損害を与えたものを含む。
誤嚥・窒息	医療処置関連 (チューブ抜去等)	⑥ 結核、感染症 ※「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定める一類感染症、二類感染症、三類感染症並びに四類感染症)の患者が発生した場合(疑い含む。)

(2) 報告に関する留意事項

- ①上記(1)報告対象に該当する事故のうち、サービス提供中の利用者、入所者又は入居者(以下「利用者等」という。)の事故についてご報告ください。
- ②事故の発生場所は施設、事業所、住居の内外は問いません。
- ③通所・入所サービスにおいては、利用者等が事業所内にいる間や送迎中に起こったものもサービス提供中に含みます。
- ④事業者側の過失有無は問いません。(利用者の自己過失による事故等であっても、報告対象に該当する場合はご報告ください。)
- ⑤利用者等が他市町村の被保険者である場合は、保険者にもご報告ください。
※この場合、当市への報告は、当該保険者へ提出した書類の写しの提出でも可。

3. 報告方法及び報告先等

(1) 報告方法及び報告先について

「事故報告書」様式により作成し、以下のメールアドレス宛て、データで提出してください。

メールアドレス：kaigo.jikohou@city.toyonaka.osaka.jp

メールの件名は、「yyyymmdd 事業所名 (サービス種別)」として送信してください。

- ・ yyyymmdd : 事故発生日 (数字8桁)
- ・ スペース : 事故発生日と事業所名の間は全角スペース
- ・ サービス種別 : 事故報告書で選択したサービス種別

例) 20210701 介護老人保健施設まちかね (介護老人保健施設)

【様式ダウンロード】豊中市ホームページ「事故報告関連の書式」

https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/kaigohoken/kaigo_jigyousya/shoshiki_download/jikohokoku.html

(2) 報告期限について

- 第1報は、少なくとも別紙様式内の1から6の項目までについて可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出してください。
- その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行い、事故の原因分析や再発防止策等については、作成次第報告してください。
- 第1報の提出の際、別紙様式内の1から8の項目まで全て記載し、追加の報告等がない場合は、第1報の時点で「最終報告」にチェックを入れて提出いただくことを可能とします。

4. 感染症等発生時における報告先について

表1の事故の種別におけるその他豊中市が報告対象とする事故等の⑥について、当課への報告に加えて、豊中市保健所保健予防課 (Tel:06-6152-7316) へも報告してください。

※参考 平成17年2月22日厚生労働省通知

「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」

5. その他留意事項

- (1) みなし2号(40～64歳の生活保護受給者：Hから始まる被保険者番号)の方につきましても、当課へご提出ください。当課より福祉事務所医療介護係へコピーを渡します。
- (2) 事故報告書は、事故発生までの経緯や対応、今後の対策など具体的に記入してください。内容等について当課より電話で事故後の問い合わせをさせていただくことがあります。また、必要に応じて再提出や別途報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。

(問合せ先)

豊中市 福祉部 長寿社会政策課 事業所指定係
〒561-8501

豊中市中桜塚3丁目1番1号 第二庁舎3階

TEL : 06-6858-2868 FAX : 06-6858-3146

E-mail : kaigo.jikohou@city.toyonaka.osaka.jp

事故報告書 (事業者→豊中市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

【第0報】
 事故発生日から5日以内に、1～6の項目について入力した第1報を送付してください。
 1～8まで全て入力可能な場合は、第1報の段階で最終報も選択してご提出ください。
 利用者や家族等との対応が長期化する場合は、第1報～最終報までの間に第2報、第3報...と、進捗の段階に応じてご提出ください。

【提出日】
 データを送付する日を必ず入力ください。

提出日：西暦2021年7月15日

第1報 第__報 最終報告

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 (
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2事業所の概要	法人名	株式会社まちかね											
	事業所(施設)名	特別養護老人ホームまちかね					事業所番号	275400****					
	サービス種別	介護老人福祉施設 <small>介護老人福祉施設</small>					電話番号	06-****-****					
	所在地	豊中市中桜塚3丁目●番●号											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名	豊中 太郎			年齢	89		性別	男性			
	サービス提供開始日	西暦	2021		年	7	月	1	日	保険者	豊中市		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (豊中市中桜塚●丁目●番●号)											
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立										
4事故の概要	発生日時	西暦	2021		年	7	月	10	日	23	時	30	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)											
	発生時状況、事故内容の詳細	下記のA.～D.について、事故発見前の状況(最終確認日時等)から事故発生の経過がわかるように、「時系列」で「具体的に」ご記載ください。 A. 利用者等の普段の状態や様子、事故発生前に気づいた点、事故時の様子 B. 事業所が普段どのように利用者等に対応しているか。 C. 事故の内容について、日時、発見者、場所、対応人数等の詳細。 D. 感染症等の場合は、疾病名、最初に患者が発生した日、利用者・職員の発生人数、主な症状。											
5事故発生時の対応	発生時の対応	下記のA.～D.について、事故発見後に行った事業所の対応状況がわかるように、「時系列」で「具体的に」ご記載ください。 A. 事故時にどのように対応したか B. 誰が、どのように、何をを行ったか C. バイタル等測定した場合は測定値等 D. その他必要事項											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input checked="" type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	受診先	医療機関名	市立豊中病院			連絡先(電話番号)	06-6843-0101						
	診断名	骨折											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位：大腿骨頸部骨折) <input type="checkbox"/> その他 ()											
検査、処置等の概要	レントゲン検査、手術												

6 事故発生後の状況	利用者の状況	<p>事故後の利用者の状態について、以下のA.~C.に関して把握している情報を可能な限り具体的に記載ください。</p> <p>A. 事業所での現在の様子等 B. 病院での様子・治療を要する期間等 C. 感染症による患者の集団発生の場合は患者数の推移等</p>						
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		報告年月日	西暦	2021	年	7	月	11
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()						
本人、家族、関係先等への追加対応予定	<p>家族等が理解・納得をしておらず、今後トラブルに発展する可能性がある場合は記載してください。損害賠償、訴訟等、具体的な案件となっている場合も記載してください。</p>							
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	<p>(できるだけ具体的に記載すること)</p> <p>事故に関して、本人要因、職員要因、環境要因の視点から、事業所内で分析した結果を、以下を踏まえて記入してください。</p> <p>A. 事故が起こった理由 B. 事故の予見の有無 C. 事故の回避が可能であったか D. その他必要な事項</p>							
	<p>(できるだけ具体的に記載すること)</p> <p>事故後、事業所で検討の結果、再発防止策として実施する対応の内容を、具体的に記載してください。</p> <p>A. 手順変更 B. 環境変更 C. その他の対応 D. 再発防止策の評価時期及び結果等</p> <p>※「●●を検討中」、「見守りの強化」、「職員への周知」などの抽象的な内容は再発防止策とは判断できないため、差し替えや再検討をお願いする対象となります。</p> <p>※検討中の対応策は、予定ではなく検討した結果、実施する内容を記載してください。</p>							
9 その他 特記すべき事項								